

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

0000000000000000000000000000000000

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 20 DIC. 2002

20 DIC. 2002
 ADDI' NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212-
 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

STORAGE	Francesco	Presidente	GARGANO	Ciriaco	Assessore
SIMBONI	Giorgio	Vice Presidente	IANNARILLO	Antonello	"
ARACRI	Francesco	Assessore	ROBLOTTA	Donato	"
AUGELLO	Andrea	"	SAPONARO	Francesco	"
CIARAMELLETTI	Luigi	"	SARACENI	Vincenzo Maria	"
DIONISI	Armando	"	VERZASCHI	Marco	"
FORMISANO	Anna Teresa	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Tommaso NARDINI
OMISSIS

ASSENTI: AUGELLO - DIONISI - FORMISANO -

DELIBERAZIONE N. -1736-

OGGETTO: "Piano Sanitario Regionale 2002/2004 - Sfida Prioritaria
 Prevenzione - Criteri di buona pratica dello screening del cancro della mammella"



1736 20 DIC. 2002 (C)

Oggetto: Piano Sanitario Regionale 2002/2004 – Sfida Prioritaria Prevenzione- Criteri di Buona Pratica dello screening del cancro della mammella

La Giunta regionale

Su proposta dell'Assessore alla Sanità,

VISTA la DGR 2039/01 concernente il Piano degli interventi nel settore oncologico;

VISTA la Deliberazione del Consiglio Regionale del Lazio n° 114 del 31/7/2002 concernente gli indirizzi per la Programmazione Sanitaria regionale per il triennio 2002-2004 e, in particolare, gli obiettivi specifici e le azioni previsti dall'Obiettivo Generale B.1 della Sfida Prioritaria "Programmi di prevenzione" concernenti l'adozione di un manuale di criteri di buona pratica dello screening mammografico;

VISTA la Legge regionale n.16/99 istitutiva dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio;

CONSIDERATO che l'Agenzia di Sanità Pubblica ha curato la predisposizione di un manuale dei Criteri di Buona Pratica dello screening del cancro della mammella che definisce le caratteristiche tecnico-professionali e organizzative cui gli erogatori di programmi di screening sono tenuti ad uniformarsi, nonché la griglia di riferimento per la valutazione di conformità tecnico-professionale dei programmi stessi;

CONSIDERATO che i criteri riportati in detto manuale, allegato integrante della presente deliberazione, sono stati definiti mediante Gruppi di Lavoro e sono stati sottoposti a valutazione esterna di società scientifiche dei professionisti e rappresentanti delle associazioni delle utenti e sono stati oggetto di un'applicazione sperimentale;

CONSIDERATO che proprio perché basati sul consenso, sull'esperienza e sulla contestualizzazione delle linee-guida professionali, nazionali ed europee alla realtà laziale, tali criteri di Buona Pratica definiscono i comportamenti tecnico-professionali e organizzativi cui gli operatori dei programmi di screening delle varie ASL sono tenuti ad uniformarsi e costituiscono la griglia di riferimento per la valutazione di conformità tecnico-professionale dei programmi di screening;

RITENUTO pertanto di approvare il Manuale dei Criteri di Buona Pratica dello screening del cancro della mammella di cui all'allegato che fa parte integrante della presente deliberazione;

RITENUTO altresì di adottare i Criteri di Buona Pratica come requisiti di partecipazione dei professionisti e delle strutture ai programmi di screening per il tumore della mammella e come criteri per la loro valutazione;

CONSIDERATO opportuno sottoporre a revisione i criteri dopo due anni dall'inizio della loro applicazione, nonché procedere ove necessario a revisioni occasionali dei singoli criteri;



1736 20 DIC. 2002

(1)

RITENUTO a tale scopo di affidare all'ASP il compito della revisione periodica complessiva e della revisione occasionale di singoli criteri dello stesso manuale e di mettere in atto tutti gli interventi procedurali atti all'efficace utilizzo dei Criteri di Buona pratica;

RITENUTO che le informazioni necessarie alla valutazione del rispetto di detti criteri debbano costituire debito informativo verso la Regione affidando all'ASP la predisposizione di un apposito sistema informativo;

RITENUTO, in attuazione della DGR 2039/01 e del presente provvedimento, di dare mandato alle Direzioni Generali delle ASL, sentito il rispettivo Coordinamento dei programmi di screening e nel rispetto dei requisiti di cui ai Criteri di Buona Pratica, di individuare Unità di Senologia interdisciplinari a carattere diagnostico-terapeutico, da inserire nel programma di screening come referenti per le attività diagnostiche di secondo livello e terapeutiche relative almeno ai casi di neoplasia individuati allo screening;

All'unanimità

Delibera

Per le motivazioni di cui in premessa, di

approvare il Manuale dei Criteri di Buona Pratica dello screening del cancro della mammella di cui all'allegato che fa parte integrante della presente deliberazione.

adottare i Criteri di Buona Pratica come requisiti di partecipazione dei professionisti e delle strutture ai programmi di screening per il tumore della mammella e come criteri per la loro valutazione

affidare all'ASP il compito della revisione periodica complessiva e della revisione occasionale di singoli criteri dello stesso manuale e di mettere in atto tutti gli interventi procedurali atti all'efficace utilizzo dei Criteri di Buona pratica

stabilire che le informazioni necessarie alla valutazione del rispetto di detti criteri debbano costituire debito informativo verso la Regione e di affidare all'ASP la realizzazione di un apposito sistema informativo

dare mandato alle Direzioni Generali delle ASL, sentito il rispettivo Coordinamento dei programmi di screening e nel rispetto dei requisiti di cui ai Criteri di Buona Pratica, di individuare Unità di Senologia interdisciplinari a carattere diagnostico-terapeutico, da inserire nel programma di screening come referenti per le attività diagnostiche di secondo livello e terapeutiche

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

30 DIC. 2002

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE
IL SEGRETARIO: F.to Tommaso Nardini

Stampa illeggibile con data 30 DIC. 2002



Handwritten initials 'F.X.' and a circular stamp.

MINISTERO DELLA SANITÀ N. 1736
DEL 2 MARZO 2002

Manuale dei CRITERI DI BUONA PRATICA (CBP) dello screening mammografico

I criteri di buona pratica (CBP) sono stati definiti mediante Gruppi di Lavoro promossi e coordinati dall'Agenzia di Sanità Pubblica; sono stati sottoposti a valutazione esterna di professionisti e rappresentanti delle associazioni delle utenti e sono stati oggetto di un'applicazione sperimentale.

Proprio perché basati sul consenso, sull'esperienza e sulla contestualizzazione delle linee-guida alla realtà laziale:

1. definiscono i **comportamenti** tecnico-professionali e organizzativi cui gli operatori dei programmi di screening delle varie ASL sono tenuti ad uniformarsi;
2. costituiscono la **griglia di riferimento** per la **valutazione di conformità tecnico-professionale** dei programmi
3. saranno soggetti a **revisione** dopo due anni dall'inizio della loro applicazione.

Eventuali singole o temporanee difformità rispetto a quanto definito dal CBP sono ammissibili in relazione a casi clinici particolari o transitorie esigenze organizzative ma devono essere motivate per iscritto.

I CBP riguardano:

1. accertamenti diagnostici di primo livello
2. accertamenti diagnostici di secondo livello
3. trattamento integrato dei casi rilevati
4. miglioramento continuo della qualità

Sono organizzati in

- > criteri di struttura
- > criteri di processo ed esito

1736 (9)

2002

CRITERI E INDICATORI PER IL PRIMO E SECONDO LIVELLO

CRITERI E INDICATORI DI STRUTTURA

Nota: ai fini di quanto previsto dai criteri inerenti la formazione, sono considerati validi per la misurazione degli standard gli eventi formativi del Piano Regionale di Formazione per gli operatori di screening (DGR 2039/01); per quanto attiene ad altri erogatori a carattere nazionale la congruenza con i CBP è definita dall'ASP.

	<u>Criterio</u>	<u>Indicatore (descrizione)</u>	<u>Livello di soglia</u>
1a	Personale adeguato e dedicato: radiologo , curriculum formativo NOTA: criterio valido per gli operatori che devono essere inseriti in programmi	I radiologi devono possedere un Curriculum Formativo di base	Avere seguito almeno un corso di formazione specifico per screening, a carattere nazionale o regionale
1b	Personale adeguato e dedicato: anatomopatologo , curriculum formativo NOTA: criterio valido per gli operatori che devono essere inseriti in programmi	I patologi devono possedere un Curriculum Formativo di base	Avere seguito almeno un corso di formazione specifico per screening, a carattere nazionale o regionale
1c	Personale adeguato e dedicato: tecnici , curriculum formativo NOTA: criterio valido per gli operatori che devono essere inseriti in programmi	I tecnici devono possedere un Curriculum Formativo di base	Avere seguito almeno un corso di formazione specifico per screening a carattere nazionale o regionale
2	Personale adeguato e dedicato (radiologi, patologi, tecnici): training NOTA: criterio valido per gli operatori che devono essere inseriti nei programmi	Eseguire training presso un centro regionale di riferimento per lo screening o presso un'ASL che abbia avviato il programma da almeno tre anni	Avere eseguito un training di almeno 15 giorni
3a	Personale adeguato e dedicato: radiologi , formazione continua	Formazione specifica e continua	Seguire almeno un corso presso Centri riferimento regionali ogni anno
3b	Personale adeguato e dedicato: patologi , formazione continua	Formazione specifica e continua	Seguire almeno un corso presso Centri riferimento regionali ogni anno
3c	Personale adeguato e dedicato: tecnici , formazione continua	Formazione specifica e continua	Seguire almeno un corso presso Centri riferimento regionali ogni anno
4	Personale adeguato e dedicato (radiologi, tecnici)	Tempo dedicato da tecnici e radiologi dedicati sul totale del loro orario di lavoro complessivo mensile	> 40%
5	Politiche per il personale (tecnici, radiologi, patologi)	personale selezionato in base alla volontà manifesta del dipendente sul totale dei tecnici assegnati	> 90%
6	Capacità prof. tecnici	Numero richiami tecnici/totale di mammografie eseguite in un mese da ogni tecnico	< 0.25%
7	Personale adeguato e dedicato (radiologo) Nota: per chi non ottempera alla soglia minima: • riuniti in consorzio, per le ASL che non possono raggiungere la soglia minima • prendere in considerazione l'anno di esercizio,	N. Esami screening letti da ogni radiologo l'anno	6000

Stampa circolare con data 2002 e firma illeggibile.

	per le ASL che non hanno ancora raggiunto il livello di soglia minima			
8a	Personale adeguato e dedicato (citologo-patologo)		N. prelievi citologici da screening letti da ogni citologo /anno Note: l'attività comprende sia lo screening sia quella clinica purché documentata	200
8b	Personale adeguato e dedicato (citologo-patologo)		N. prelievi istologici da screening letti da ogni patologo /anno Note: l'attività comprende sia lo screening sia quella clinica purché documentata	100
9	Politiche per il personale: Sistema premiante		Organizzazione della retribuzione di risultato specifica per i programmi di screening	esistente
10a	Adeguatezza apparecchiature della struttura		Apparecchiature da acquisire per le quali le caratteristiche tecniche siano state oggetto di parere favorevole del Coordinatore e del Responsabile del Programma sul totale delle apparecchiature da acquisire (espresso in valore finanziario)	>95%
10b	Adeguatezza apparecchiature dello screening		Apparecchiature da acquisire per le quali le caratteristiche tecniche siano state sottoposte al parere vincolante del Coordinatore e del Responsabile del Programma sul totale delle apparecchiature da acquisire (espresso in valore finanziario)	>95%
11a	Funzionamento apparecchiature della struttura Note: specificare e verificare se gli scostamenti sono dipendenti dal coordinamento di programmi di screening oppure da elementi pregressi.		I contratti di acquisto devono prevedere clausole per la manutenzione e per la sostituzione temporanea	si
11b	Funzionamento apparecchiature screening		I contratti di acquisto devono avere clausole per la manutenzione e per la sostituzione temporanea definiti dal Coordinatore e dal responsabile dei programmi di screening	si
12a	Qualità apparecchiature		Le apparecchiature radiologiche devono essere sottoposte ai controlli di legge	si
12b	Qualità apparecchiature		Le apparecchiature non sottoposte a controlli di legge devono essere oggetto di controlli di qualità secondo un manuale delle procedure per l'assicurazione della qualità tecnica emanato dall'ASP	si



ASL
SERVIZIO
3

CRITERI E INDICATORI DI PROCESSO E ESITO.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DI PRIMO LIVELLO

1736
2002

	Criterio	Indicatore (descrizione)	Livello di soglia
13	Esecuzione tecnica radiogrammi	Numero richiami per caratteristiche tecniche sul totale delle mammografie eseguite in un mese	< 1% mammografo fisso < 1.5% mezzo mobile (problematiche di macchina)
14	Accuratezza diagnostica (Recall Rate)	Tassi di richiamo per motivi non tecnici sul totale degli esami	< 8%
15	Referenziazione: lettura in doppio	Numero di esami sottoposti a doppiata referenziazione sul totale degli esami eseguiti	100%
16	Arbitrato	Sono sottoposti ad arbitrato gli esami per i quali tale richiesta è espressa da almeno uno dei radiologi referentari	SI
17	Tempi di referenziazione	Tempo che intercorre tra l'esecuzione e la lettura sul totale degli esami eseguiti	20 giorni lavorativi globali per almeno il 75% degli esami effettuati
18	Tempo di comunicazione del referto	Tempo che intercorre tra la lettura e la spedizione del referto sul totale degli esami eseguiti	< 10 giorni lavorativi per almeno il 95% degli esami effettuati
19	Verifiche qualità delle apparecchiature NOTA: oltre i controlli di legge stabiliti per gli esperti qualificati	Adesione ad un programma di verifica gestito da un Centro di Riferimento Regionale NOTA: programma di controllo di tutte le apparecchiature di cui ad apposito documento	Esecuzione di un controllo di qualità almeno ogni sei mesi
20	Comunicazione telefonica dell'invio al secondo livello	Comunicazione telefonica alla paziente di caso dubbio sul totale dei casi da invitare a secondo livello	> 90%
21	Comunicazione scritta dell'invio al secondo livello	Comunicazione scritta alla paziente di caso dubbio sul totale dei casi da invitare a secondo livello non contattati telefonicamente e non aderenti al 1° livello	100%
22a	Comunicazione al Medico di base dell'invio al secondo livello	Comunicazione scritta di caso dubbio sul totale dei casi da invitare a secondo livello non contattati telefonicamente e non aderenti al 1° livello NOTA: secondo il parere espresso dal Comitato Fisco Screening ASP	> 95%
22b	Comunicazione al Medico di base dell'invio al secondo livello	Comunicazione della diagnosi sul totale dei casi inviati al secondo livello che hanno fornito autorizzazione	> 95%
23	Tempo di attesa per il 1° livello	Appuntamento per il 1° livello entro 5 giorni dalla comunicazione telefonica	100%
24	Tempo di attesa per il 1° livello	Appuntamento per il 1° livello entro 15 giorni dalla comunicazione scritta	100%

4
DHL

ASSIS/SP/01
5/11

17.3.6
2005

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DI SECONDO LIVELLO.

	Criterio	Indicatore (descrizione)	Livello di soglia
25	Protocollo di gestione II livello Nota: in caso di microcalcificazione è ammessa sia la citologia sia la core-biopsy	Numero dei casi inviati al secondo livello per i quali è seguito la flow-chart di cui all'allegato 1, sul numero totale dei casi aderenti al secondo livello	>90%
26	Adeguatezza dei prelievi citologici	Numero di prelievi citologici inadeguati sul totale di quelli eseguiti (tasso inadeguati)	<2,0% per il primo anno di applicazione <15% dal secondo anno di applicazione
27	Detection rate diagnostica	Numero di cancri diagnosticati con certezza sul totale delle donne esaminate per round di screening	1° Passaggio 6%-7% - II° passaggio 3,5%
28	Comunicazione dell'esito degli accertamenti mammografici ed ecografici di secondo livello NOTA: è consigliato dare comunicazione scritta contestuale dell'esito e inviare successivamente comunicazione postale "da programma"	Numero dei casi nei quali è data comunicazione entro due ore dal completamento dell'iter diagnostico sul totale dei casi sottoposti all'iter	>98%
29	Tempi accettabili di refertazione citologica: 12-14 gg	Numero dei casi nei quali è rispettato il valore del tempo intercorrente tra l'esecuzione del prelievo citologico e la disponibilità del referto sul totale dei casi eseguiti	>95%
30	Tempi refertazione citologica Ottimale ≤ 6 gg;	Numero dei casi nei quali è rispettato il valore del tempo intercorrente tra l'esecuzione del prelievo citologico e disponibilità del referto sul totale dei casi eseguiti	>95%
31	Accessibilità alla stereotassi	Numero dei casi in cui l'appuntamento per la stereotassi è dato contestualmente all'indicazione sul numero totale dei casi in cui è indicata la stereotassi	100%
32	Accessibilità alla stereotassi	Numero dei casi in cui il tempo di attesa per l'appuntamento per la stereotassi è inferiore a 15 giorni dall'indicazione sul totale degli appuntamenti dati	>80%



1736
2
2009

TRATTAMENTO INTEGRATO DEI CASI RILEVANTI

Al fine di evitare una disorganizzazione nell'utilizzo degli spazi relativi al trattamento e di collaborazione con altri specialisti, appare opportuno e indispensabile individuare, nell'ambito delle differenti strutture, spazi e tempi dedicati alla gestione terapeutica dei casi identificati allo screening.

La definizione degli spazi e dei tempi dedicati a tali casi deve essere correlata alle caratteristiche di ogni singolo programma (numero di donne invitate e numero di canceri all'esito).

Accanto alle problematiche degli spazi e dei tempi dedicati delle strutture, non di minore importanza appaiono gli aspetti relativi ai tempi dedicati delle figure professionali. La prestazione nell'attività senologica non deve, infatti, essere occasionale, ma prestabilita in termini di tempo dedicato ed in percentuale sull'attività professionale complessiva al fine di garantire elevati livelli di specializzazione e qualificazione.

La caratterizzazione del tempo dedicato dalle singole figure professionali è correlata al volume di casi screen-detected.

Nel contesto delle attività delle Unità, ai fini di garantire una corretta standardizzazione delle fasi dell'approccio terapeutico è ritenuta di fondamentale importanza, quale criterio ottimale, l'adesione al protocollo IONCaM (Forza Operativa Nazionale sul carcinoma mammario), nella versione più aggiornata, e a protocolli operativi codificati.

Il livello idoneo di formazione dello specialista deve essere definito in modo dettagliato e deve costituire l'obiettivo di formazione per chi intenda occuparsi di senologia, secondo quanto previsto dal Piano Regionale di Formazione per gli operatori dei programmi di screening (DGR 2039/01).

Le Unità (strutturali o funzionali) impegnate nei programmi di screening devono aderire al progetto ASP per l'utilizzo di cartelle computerizzate orientate alla qualità e funzionali al debito informativo verso la Regione sui casi trattati.

RACCOMANDAZIONI

Poiché il trattamento del carcinoma della mammella è multidisciplinare e comporta la presenza di diverse competenze la realizzazione di Unità di Senologia, intese come unità operative specialistiche con caratteristiche multidisciplinari e multiprofessionali, diventa cardine del trattamento di qualità nell'ambito dei programmi di screening.

Tali caratteristiche possono non essere necessariamente strutturali ma funzionali; le Unità pertanto, possono non coincidere con l'Ospedale o una singola Struttura aziendale ma possono anche essere costituite da aggregazioni funzionali di Servizi diversi e dovrebbero essere sviluppate "in rete" per coprire il fabbisogno del territorio regionale.

Le Unità diagnostiche-terapeutiche di senologia (UDTS) debbono possedere requisiti che, a partire da valori minimi, possono raggiungere un adeguamento progressivo fino a standard di eccellenza. Esse dovrebbero essere inserite in una struttura di rete regionale per la diagnosi e la terapia del carcinoma mammario che dovrebbe articolarsi in Unità Periferiche ed Unità di Riferimento.

- ❖ Unità di Riferimento: si tratta di strutture che trattino almeno 150 nuovi casi di carcinoma mammario all'anno. In quest'ambito devono essere operativi i servizi di radiologia, anatomia patologica, chirurgia (con competenze di elevato livello di chirurgia plastica), oncologia, radioterapia, psicologia, riabilitazione, epidemiologia.
- ❖ Unità Periferiche: si tratta di strutture che trattino almeno 30 nuovi casi di carcinoma mammario all'anno. In quest'ambito devono essere presenti almeno i servizi di radiologia, anatomia patologica, chirurgia (con competenze di chirurgia plastica) e oncologia. *Ogni Unità periferica deve collegarsi ad un'Unità di riferimento per l'effettuazione di procedure non disponibili nella stessa e per la formazione e l'aggiornamento permanente degli operatori.*

I.e UDYS devono applicare linee guida, criteri e principi adottati a livello regionale e devono produrre specifici protocolli d'intesa per rendere esplicito e valutabile l'integrazione operativa.



Allegato 2 al Piano Nazionale 1736
 DEL 2002

CRITERI PER IL TRATTAMENTO

CRITERI DI STRUTTURA

Criterio	Indicatore (descrizione)	Livello di soglia
33 Operatori dedicati	Sono assegnati dai casi screen-detected chirurghi o ginecologi espressamente dedicati	Si
34 Livello di competenza superiore (III livello): numero casi trattati	Il chirurgo o il ginecologo assegnato al Programma di screening deve prestare o avere prestato servizio in strutture che abbiano trattato almeno 150 casi di cancro nei due anni precedenti ed essersi occupato personalmente di 50 o più casi nell'anno precedente	Si
35 Livello di competenza superiore (III livello): formazione scientifica	Il chirurgo o il ginecologo deve possedere una formazione scientifico-culturale elevata definita dal fatto di possedere almeno 3/6 caratteristiche seguenti: 1. membro di comitati o commissioni regionali e/o nazionali inerenti le tematiche diagnostiche-co-terapeutiche del cancro della mammella 2. coredatore di documenti di consenso regionali e/o nazionali 3. docente che si occupi attivamente di formazione incrementale 4. corresponsabile di trial multicentrici inerente 5. coautore di pubblicazioni su riviste scientifiche qualificate.	Si
36 Livello di competenza superiore (III livello): curriculum	Il curriculum personale prevede la specialità in chirurgia generale o in ginecologia.	Si
37 Livello di competenza superiore (III livello): capacità pratica	La capacità pratica di eseguire tutti gli interventi oncologici radicali, comprese le tecniche di trattamento dei tumori non palpabili, è un adeguato follow up finalizzato alla valutazione degli esiti oncologici funzionali ed estetici nel rispetto degli standard previsti dal controllo di qualità, nonché cooperare ed applicare i principi base della chirurgia plastica. NOTA: la capacità pratica è misurata mediante il sistema di indicatori presenti nel sw SQTM-Lazio Il chirurgo o il ginecologo deve essere in grado di monitorare gli indicatori di qualità della propria attività	Valutazione positiva per >80% dei criteri SQTM
38 Livello di competenza superiore (III livello): capacità gestionale	Deve possedere la specialità in chirurgia generale o in ginecologia e/o aver frequentato un'Unità di senologia di riferimento per almeno un anno.	Si
39 Livello di competenza elevato (II livello): curriculum personale	Deve essere in grado di eseguire tutti i tipi di trattamento radicale, comprese le tecniche di trattamento dei tumori non palpabili, rispettando gli standard previsti dal controllo di qualità	Valutazione positiva per >80% dei criteri SQTM
40 Livello di competenza elevato (II livello): capacità pratica	Il chirurgo o il ginecologo assegnato al Programma di screening deve prestare o avere prestato servizio in strutture che abbiano trattato almeno 50 casi annui di cancro nei due anni precedenti ed essersi occupato personalmente di 30 o più casi nell'anno precedente	Si
41 Livello di competenza elevato (II livello): numero casi trattati	Il responsabile dell'Unità di Senologia di riferimento frequentata deve attestare la conoscenza dei documenti di consenso e delle linee guida internazionali e nazionali. Il chirurgo o il ginecologo deve infine essere in grado di monitorare gli indicatori di qualità della propria attività.	Si
42 Livello di competenza elevato (II livello): formazione scientifico-culturale	Lo specialista in chirurgia generale o in ginecologia che intenda specializzarsi in campo senologico deve sottoporsi a formazione per raggiungere il II livello ed operare in Unità senologiche.	Si
43 Livello di competenza basale (I livello)		Si

CRITERI DI PROCESSO E ESITO

	Indicatore (descrizione)	livello di soglia
	Numero dei casi nei quali il trattamento è stato conforme a quello previsto dai protocolli FONCaM/sul numero dei casi senza detected trattati	95%
44	Adesione protocolli	100%
45	Adesione protocolli	Ottimo (0,5)
46	Rapporto benigni/maligni	Accettabile: 85% ottimale: ≥ 95%
47	Diagnosi cito/istologica preoperatoria	98%
48	Valutazione del Grading istologico	≥ 98%
49	Determinazione dei Recettori ormonali	≥ 95%
50	Escissione corretta alla prima biopsia chirurgica.	≥ 95%
51	Unico intervento dopo diagnosi pre-operatoria di cancro	≥ 95%
52	Numero di linfonodi asportati	≥ 98%
53	Numero linfonodi esaminati	≥ 85%
54	Interventi conservativi nei casi pT1.	80%
55	Peso biopsie	≥ 95%
56	CIS senza dissezione ascellare	85%
57	Non esecuzione di esame estemporaneo su lesioni di diametro tumore < 1 cm	≥ 95%
58	Pezzo operatorio giunto orientato al patologo	≥ 90% per distanza
59	Margini interni all'intervento definitivo.	≥ 90% per distanza

		canero invasivo o in situ, che abbiano assicurato l'indennità dei margini, sul totale degli interventi di tipo conservativo eseguiti.	> 1 mm
60	Radiografia pezzo operatorio in due proiezioni nelle lesioni non palpabili	Numero dei casi operati nei quali il pezzo operatorio sia sottoposto ad esame radiologico sul totale dei casi operati per lesioni non palpabili	≥ 95%
61	Tempestività dell'intervento chirurgico.	Numero dei casi screen detected operati entro 21 giorni dalla prescrizione sul totale delle prescrizioni (escludendo le donne che hanno rifiutato o rinviato l'intervento)	≥ 75%
62	Caratterizzazione biologica dopo intervento definitivo	Proporzione di pazienti per le quali l'intervento tra la data del primo intervento e quella del referto sulla caratterizzazione biologica del tumore (data referto recettori ormonali) è inferiore o uguale a 20 giorni, sul totale delle pazienti operate per cancro mammario invasivo sulle quali siano stati eseguiti i recettori ormonali e per le quali si disponga dell'informazione sull'intervallo.	≥ 75%
63	Tempestività della risposta istologica dell'intervento definitivo	Numero dei casi operati nei quali la risposta istologica definita sia disponibile entro 21 gg dalla data dell'intervento sul totale degli interventi per casi screen- detected	≥ 75%
64	Radioterapia dopo chirurgia conservativa.	Proporzione dei casi sottoposti a terapia conservativa che siano inviati a radioterapia	≥ 95%
65	Tempestività terapia complementare	Proporzione dei casi maligni operati nei quali sia iniziata la terapia complementare entro 30 gg dall'intervento definitivo	≥ 75%
66	Esecuzione di Follow-up	Numero di donne operate sottoposte al follow up periodico sul totale donne aderenti al follow-up	100%
67	Controllo mammografico al follow-up	Numero di donne sottoposte al follow-up che abbiano un controllo annuale mammografico sul totale delle donne sottoposte a follow-up	100%
68	Monitoraggio di indicatori di qualità	Adezione ad un programma di Miglioramento continuo della qualità che si basa su un insieme esplicito di criteri e indicatori di qualità, validato dall'ASP, e che comporti l'esecuzione del monitoraggio degli indicatori di qualità è eseguito	Accettabile: monitoraggio eseguito ogni sei mesi Ottimale: monitoraggio eseguito ogni tre mesi



2x.

ALLEGATO 1

FLOW-CHART DI GESTIONE DEL SECONDO LIVELLO

Il "secondo livello" definisce gli accertamenti e le competenze necessarie per la risoluzione del reperto dubbio rilevato all'indagine mammografico di primo livello (in corsivo il "decisore")

